

Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 10-11
Año Escolar 10-11

Complete una solicitud por cada miembro del hogar Cada niño adoptivo es un miembro familiar.

| | | | |
|---|---|---|--|
| Parte 1. Marque los espacios correspondientes. | <input type="checkbox"/> Comidas escolares | <input type="checkbox"/> Niños en centros | <input type="checkbox"/> Niños en hogares de cuidado infantil (HP) |
| | <input type="checkbox"/> Leche especial (con restricciones) | <input type="checkbox"/> Tier I proveedor familiar (HP) | Nombre del Proveedor |
| | <input type="checkbox"/> Niño adoptivo (UNA SOLICITUD POR NIÑO) | <input type="checkbox"/> Head Start/Even Start | |

Parte 2. Niños inscritos. PARA TODOS LOS APLICANTES. Si se aplica, escriba Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria.

Escriba el nombre de todos los niños que dependen de su ingreso familiar. Las identidad racial y étnica de los niños es opcional. Provea una o más si lo desea. (ver código).

| | |
|---|--|
| Etnia: H= Hispano o Latino, N= No hispano o Latino | Raza: A=Asiático N: Negro o Afro Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska P=Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico B=Blanco |
|---|--|

Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria: Escriba Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para TODOS los miembros familiares como aparecen en el Aviso de Decisión. NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.

Nombre del Miembro familiar con Número de Caso **Escriba Número de Caso**

| Apellido | Nombre | Segundo Nombre O Inicial | Marque Espacio para niño ADOPTIVO | Fecha de Nac. | Grado | OPCIONAL | | Nombre de Escuela/Head Start Centro de Cuidado Infantil |
|----------|--------|--------------------------|-----------------------------------|---------------|-------|----------|------|---|
| | | | | | | ETNIA | RAZA | |
| 1. | | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |

Parte 3 Ingreso Bruto Total del Hogar NO COMPLETE ESTA PARTE SI ESCRIBIÓ UN N° DE CASO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA O FIP EN LA PARTE 2.

Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del hogar en la columna correspondiente Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones, no el ingreso neto. Informe todos los otros ingresos recibidos en el mes. Personas autónomas, vea la hoja de trabajo en el reverso.

| Escriba los nombre de cada persona que vive en su hogar, incluidos los niños listados en la Parte 2. Adjunte otra hoja si necesita más espacio. Para niños ADOPTIVO, incluya sólo el dinero disponible para uso personal del niño o ingreso propio del niño | | | | Ingreso Bruto : Informe ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar. | | | | Otros Pagos Mensuales o Ingresos. | | | |
|---|------------|------|---------|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Last Name | First Name | Edad | INGRESO | Marque si NO | Monto Groso Recibido Semanal mente | Monto Groso Recibido cada 2 semanas | Monto Groso Recibido 2 veces al mes | Monto Groso recibido mensualmente | Subsidios de apoyo alimentario Pensión por adopción, bienestar Infantil | Pensión jubilatoria Seguridad Social SSI, VA | Todos los Otros Ingresos |
| | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 5. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 6. | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Mi Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ No poseo un Número de Seguro Social
 Si la Parte 3 está completa, el adulto firmante del formulario debe escribir también su número de Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social". Los padres adoptivos que completen este formulario para un niño adoptivo no necesitan proveer sus Números de Seguro Social. Para todos los otros aplicantes, el proveer el número de Seguro Social es voluntario. **Vea la Ley de Declaración de Privacidad en la carta a los padres**

Parte 4. Certificación y Firma. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados Comprendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales basados en la información que doy Comprendo que los oficiales pueden verificar (controlar) la información. Comprendo que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder beneficios alimentarios/leche, y puedo ser procesado

 Firma del Adulto que completa la Solicitud Nombre del Adulto que completa la Solicitud Fecha de Firma

 Dirección del Adulto que completa la Solicitud Ciudad Código Postal Teléfono del Trabajo Teléfono Personal Celular

Parte 5 NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales. Semanal X 52, dos semanas X 26; dos veces por mes X 24; mensual X 12
 Ingreso del Hogar: \$ _____ semanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual Anual amañó del Hogar _____

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|---|
| Solicitud Aprobada | <input type="checkbox"/> Ingreso | <input type="checkbox"/> Niño Adoptivo (ingreso) | <input type="checkbox"/> FIP Asistencia Alimentaria | CACFP HP SOLAMENTE: <input type="checkbox"/> Clase1 Área (Hijos Propios del Proveedor) <input type="checkbox"/> Ingreso Clase 1 (Todos los niños) <input type="checkbox"/> Clase 1 Niño (Mezclado con clase 2) |
| | <input type="checkbox"/> Head Start DOCUMENTACIÓN REQUERIDA | <input type="checkbox"/> Migrante Desamparado (Escuelas solamente) | | |
| Determinación de Elegibilidad | <input type="checkbox"/> Aprobado Temporalmente (ingreso cero) vence en 45 días, el (Mes.)_____(Día)_____ | <input type="checkbox"/> Leche Gratis | | |
| Solicitud Negada | <input type="checkbox"/> Comidas Gratis | <input type="checkbox"/> Comidas de Precio reducido | <input type="checkbox"/> Ingreso Clase 1 (Todos los niños) | |
| | <input type="checkbox"/> Incompleta | <input type="checkbox"/> Sobre los límites de Ingreso | | |

| | |
|---|------------------------------|
| _____ Firma del Oficial Determinante | _____ Día Efectivo |
| _____ Confirmación de Firma del Oficial (Sólo escuelas) | _____ Fecha |
| _____ Firma del oficial de Seguimiento (sólo escuelas) | _____ Fecha |

Formulario de Información de *hawk-i* /Medicaid: Lea esta información y firme si usted no quiere que su nombre de revele a *hawk-i* o Medicaid

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted NO desea que la información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información que aparece más abajo cuando complete la solicitud de elegibilidad. Si desea más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo que los oficiales del hogar/escuela espónsor/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comida gratis o de precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Aparte, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, por favor firme abajo Esto evitará otro contacto

Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma _____ Fecha _____

Hoja de Trabajo de Ingreso Autónomo: Esta hoja de trabajo lo ayudará a calcular el monto para informar si usted se encuentra en agricultura, es autónomo o tiene ingresos de otras fuentes.

Las personas que se encuentran en agricultura o que operan otro tipo de negocio privado pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual a través del año. Estas personas pueden usar los registros de impuestos del año calendario anterior como base para aplicar para las comidas gratis o de precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la operación con menos costos sufridos en la generación de ese ingreso. Las deducciones de gastos personales como gastos médicos y otras deducciones de tipo no-comercial no se permiten en la reducción de ingreso bruto comercial.

Si usted posee ingresos adicionales de otros tipos de empleos, éstos deben ser tratados como separados y apartados del ingreso generado por su operación comercial. USDA **NO** reconoce los ingresos de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. A pesar de que su comercio puede haber sufrido una pérdida neta operacional, por motivos de esta solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. **El menor ingreso autónomo posible es cero (sin ingreso)** Por ejemplo, si usted hizo una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el cual recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratis o de precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el comercio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por agricultura u otra operación comercial privada no puede utilizarse para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratis o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro familiar en la operación de una granja o comercio privado deben aparecer en los ingresos del hogar en la Parte 3 de esta solicitud.

El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).

Los ingresos de operaciones comerciales privadas deben obtenerse de la Declaración de Impuestos de Ingreso Individual – Formulario 1040 más reciente. Utilice las líneas del 1040 que están identificadas

| | |
|--|----------|
| Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida) | \$ _____ |
| Línea 13 – Impuesto de Ganancias Distribuibles o (pérdida) | \$ _____ |
| Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdida) | \$ _____ |
| Línea 17 - Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc | \$ _____ |
| Línea 18 – Ingreso por cultivo o (pérdida) | \$ _____ |
| Total | \$ _____ |
| Total ÷ 12* = | _____ |

*Ingrese el monto en la columna de “Todos los ingresos del mes pasado” en la Parte 3 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa. **El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).**

